UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 55

QUELQUES PARTICULARITÉS DES ANGIOMES PROFONDS DU COU

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 avril 1922

PAR

ALFONSI (Etienne)

Né à Albertacce (Corse), le 25 janvier 1882

Croix de Guerre (4 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

MASSABUAU, professeur, *Président.*
GRYNFELTT, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1922

QUELQUES PARTICULARITÉS
DES
ANGIOMES PROFONDS
DU COU

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0137

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 55

QUELQUES PARTICULARITÉS DES ANGIOMES PROFONDS DU COU

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 avril 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

ALFONSI (Etienne)

Né à Albertacce (Corse), le 25 janvier 1882

Croix de Guerre (4 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

- MASSABUAU, professeur, *Président.*
- GRYNFELTT, professeur.
- RICHE, agrégé.
- ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRYNFELTT.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
	FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. GRYNFELLT.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Anatomie	DELMAS (J.).		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT.	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse :

MM. MASSABUAU, profr, *président.*	MM. RICHE, agrégé.
GRYNFELTT, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR
MADAME VEUVE SALVARELLI

A MA FEMME

A MON FILS

A MES FRÈRES ET SŒUR

MEIS ET AMICIS

E. ALFONSI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER

ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

E. ALFONSI.

QUELQUES PARTICULARITÉS

DES

ANGIOMES PROFONDS

DU COU

INTRØDUCTION

Les angiomes superficiels connus de tous temps, comme en témoigne une riche synonymie, et de diagnostic facile, contrastent beaucoup avec les angiomes profonds. Les premiers ont dans leur siège une variété très grande, disséminés à la surface du corps et sont très fréquents (un tiers des nouveau-nés en sont porteurs). Les autres, au contraire, affectent une prédilection de siège pour la région cervico-faciale. Au cou, notamment, ils prennent une particularité assez spéciale et sont parfois d'un diagnostic délicat.

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Forgue une observation inédite de fibro-lipo-angiome profond du cou et nous lui exprimons toute notre reconnaissance pour l'empressement qu'il a mis à nous autoriser à publier de cette observation.

La pièce a été étudiée, au point de vue histologique, dans le laboratoire du professeur Massabuau à qui nous exprimons tous nos remerciements.

A l'occasion de ce cas, nous nous sommes proposé de souligner quelques particularités des angiomes profonds du cou. Nous avons joint à notre observation principale une seconde observation du professeur Forgue, réalisant une variété importante, mais différente de la première de ces tumeurs. Après avoir étudié l'observation en détail dans les points spéciaux qu'elle offre au point de vue clinique, nous considérons ces tumeurs dans leurs particularités anatomiques et étudions surtout leurs rapports avec les organes importants du cou qu'elles intéressent particulièrement. Nous montrons la nature habituelle de ces néoplasies, rarement simples, souvent associées à des tissus fibreux et adipeux, et les comparons ainsi aux tumeurs congénitales fréquentes dans la région du cou. Leur pathogénie semble s'éclairer à la faveur de cette conception de tumeur embryonnaire et nous en discutons les points essentiels. Enfin, au point de vue thérapeutique nous insistons sur l'intérêt qu'il y a à faire d'emblée, au début de l'intervention, le sacrifice du sterno-cléido-mastoïdien pour mener la dissection de ces néoplasies de bas en haut, suivant la technique réglée par M. le professeur Forgue, dans l'ablation des tumeurs cervicales.

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

F. S..., 19 ans, entre dans le service du professeur Forgue, salle Delpech, n° 34, pour une tumeur siégeant dans la région carotidienne et sous-maxillaire gauche et dont le début remonte à 14 ans.

Il n'y a rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Lui-même n'a jamais été malade ; cependant il ne jouit pas d'une robuste santé. Il est grand et maigre, peu musclé, à thorax étroit et au teint pâle.

A cinq ans, ses parents lui découvrent une tuméfaction indolore au niveau de l'os hyoïde dans la région carotidienne gauche, qui depuis a grossi progressivement. Elle ne battait pas, n'augmentait pas de volume au cours des cris ou des efforts mais était le siège de poussées d'accroissement assez particulières.

A intervalles irréguliers mais longs, chaque cinq, six ou sept mois, la tumeur se tend et devient douloureuse. Elle augmente de volume de façon à combler l'espace sous-maxillaire, empiète sur la nuque en arrière, ne dépasse pas la ligne médiane en avant et immobilise le cou par la douleur que provoque chaque mouvement. Le médecin traitant a constaté un certain degré d'empâtement de toute la région au cours de ces poussées. Elles ne sont accompagnées d'aucun phénomène inflammatoire de la cavité buccale. L'ensemble dure sept ou huit jours et la résolution progressive se fait sans température, la tuméfaction revenant à son état primitif. Au cours d'une de ces poussées d'accroissement le médecin a pratiqué une ponction en plusieurs points de la tumeur et a, chaque fois, retiré du sang veineux.

A l'entrée à l'hôpital on constate dans la région carotidienne gauche une tumeur dont le pôle inférieur descend à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule ; le supérieur atteint l'angle du maxillaire ; en arrière le bord postérieur est tangent à la perpendiculaire menée par la pointe de la mastoïde, en avant le bord antérieur s'arrête à deux travers de doigt de la ligne médiane. Sa forme est celle d'un ovoïde oblique de haut en bas et de gauche à droite. A son niveau la peau est normale, ne présente ni coloration spéciale, ni grande distension, ni vascularisation anormale. Les régions environnantes paraissent normales à l'inspection.

A la palpation on constate que le volume réel de la tumeur correspond bien au volume apparent : elle ne se prolonge pas au delà des limites visibles. Elle est située au-dessous du sterno-cléido-mastoïdien et s'en dégage en avant et en arrière. Ainsi dégagée elle devient très

superficielle et présente en ces points une surface régulière.

Sa consistance est assez spéciale; elle est dépressible, donne l'impression de pseudo-fluctuation d'une poche à demi remplie de liquide. Elle n'est pas réductible ou du moins ne l'est que partiellement, après un appui prolongé. Quand elle a été ainsi diminuée de volume, elle présente une portion non modifiable, avec de petites lobulations indurées, surtout palpable vers le pôle inférieur de la tumeur.

Elle est douée d'une extrême mobilité dans son ensemble, mobilité qui diminue avec la contraction du sterno-cléido-mastoïdien. A sa surface la peau est absolument libre.

On ne perçoit pas de battement, ni d'expansion au cours des efforts ou de l'inclinaison de la tête; l'auscultation est négative.

Pas de ganglions perceptibles.

Souvent on est frappé au cours d'un examen par son ampliation *spontanée* et sa réduction rapide immédiate.

En présence de ces symptômes particuliers M. le professeur Forgue pose le diagnostic d'angiofibrome.

Intervention. — L'extirpation est pratiquée sous anesthésie générale. Longue incision longeant le bord inférieur du sterno-cléido-mastoïdien, dépassant en haut et en bas les limites de la tumeur. Le muscle est rapidement mis à nu. Il est tranversalement sectionné dans toute son épaisseur à deux travers de doigt au-dessus de son insertion sterno-claviculaire. Il est fortement amarré par une pince à abaissement et sa dissection se poursuit à la compresse et aux ciseaux dans le plan sus-jacent à la gaine des vaisseaux; elle emporte avec le muscle la tumeur, qui ne présente que des relations vasculaires de

minime importance avec la veine. Trois ou quatre pinces suffisent à assurer l'hémostase, et quand l'extrémité supérieure de la tumeur est nettement dépassée, par une section transversale menée à deux travers de doigt au-dessous de la mastoïde on achève de libérer la masse. Dès lors la place des vaisseaux apparaît avec netteté ; l'hémostase peu importante est rapidement faite. La peau est suturée aux crins. Un drain placé par précaution à la partie inférieure de la plaie est enlevé au troisième jour. Le malade sort guéri le quinzième jour.

Examen macroscopique. — La tumeur adhérente à la face postérieure du sterno-cléido-mastoïdien est vide, aplatie, ressemble à une éponge pressée. Elle n'est pas circonscrite par une capsule; elle est rétractée, et représente un volume beaucoup moins grand que celui qu'elle occupait sur le sujet. On reconnaît cependant très nettement à la coupe la structure aréolaire de l'angiome caverneux. Les espaces sanguins sont séparés les uns des autres par d'épaisses cloisons et les lacunes ou cavernes sont de petites dimensions, variant entre elles d'une tête d'épingle à celles d'un pois.

Examen histologique (Laboratoire du professeur Massabuau. — Le fragment prélevé a permis de pratiquer une coupe comprenant la totalité de la tumeur avec la partie du sterno-cléido-mastoïdien à la face profonde duquel elle adhère intimement, ce qui permet d'étudier :

La tumeur elle-même ;

Ses rapports avec le muscle.

La tumeur est constituée par de grosses lacunes à contours irréguliers et anastomosées entre elles au sein de tissu fibreux qu'elles découpent richement. Dans l'intérieur de ces lacunes quelques amas de globules rouges viennent par place témoigner de leur contenu.

L'endothélium qui les limite est très aplati, il paraît résulter par endroits de la condensation des éléments conjonctifs ; en d'autres il est détruit et la prolifération conjonctive sous-jacente fait saillie, sous forme de bourgeons polypiformes, dans la cavité vasculaire. Le tissu qui sépare ces cavités sanguines est du tissu fibreux, à distribution cellulaire très inégale : en certains points il est formé uniquement de fibres dont la direction s'oriente en tourbillon autour d'un petit vaisseau ; en d'autres, au contraire, la richesse cellulaire est très grande, ce sont des cellules fusiformes, reliquats vraisemblables d'inflammations anciennes.

Par place on remarque de petits amas de cellules adipeuses, apparaissant au sein des larges cloisons fibreuses ou au contact des lacunes sanguines, séparées d'elles par l'endothélium. En un point de la coupe le tissu adipeux est très abondant, donnant l'impression d'un lipome télangiectasique.

Les éléments de la partie profonde du sterno-cléido-mastoïdien paraissent avoir été dissociés par la prolifération angiofibromateuse. Les lacunes sanguines, en effet, pénètrent les cloisons interfasciculaires très épaissies et fibreuses, écartent les éléments musculaires dont quelques-uns sont isolés en pleine tumeur. Ailleurs, un simple endothélium mince sépare les fibres musculaires des lacs sanguins. Mais en aucun point la partie noble du muscle ne présente d'altération inflammatoire ou dégénérative.

En résumé, la tumeur est un angiofibrolipome du type caverneux, ayant intéressé la face profonde du sterno-cléido-mastoïdien.

Observation II

(Résumée)

(Professeur Forgue, *in* thèse de Fadat)

D. E..., 19 ans, entré salle Despech pour angiofibrome de la région cervicale supérieure. Il n'a jamais été malade mais présente depuis deux ans une tuméfaction, apparue au voisinage de l'angle droit du maxillaire et qui a progressivement augmenté jusqu'à l'état actuel, sans occasionner de gêne fonctionnelle ni de douleur.

Tumeur de la région sous et rétromaxillaire droite, comblant l'espace sous-maxillaire, descendant jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. Tumeur molle, dépressible et réductible en grande partie par un appui prolongé. Pas de battements, pas d'expansion spontanée mais de l'érectilité à l'effort. Auscultation négative. Peau normale, sans coloration spéciale.

Extirpation par résection du sterno-cléido-mastoïdien. La dissection de la masse sur le plan des vaisseaux est rendue très pénible par la présence de larges vaisseaux de communication avec la veine : en effet, on se rend compte que la tumeur est en communication large par des branches veineuses ayant subi un développement caverneux avec la veine jugulaire interne qui a été découverte au-dessus et au-dessous sur une longueur de 8 centimètres. Excision du segment intéressé de la veine, d'une longueur de 6 centimètres environ. L'extirpation se poursuit dès lors très facilement.

Sort guéri 15 jours après.

Examen histologique. — Grosses lacunes à contours irréguliers et remplies de sang, tapissées par un endothélium plat. Ces cavités vasculaires sont séparées par des cloisons fibreuses, larges en certains endroits où elles ont pris le caractère d'une véritable prolifération conjonctive. Cette prolifération est tellement active en certains points qu'elle tend à oblitérer les cavités vasculaires.

Angiofibrome.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE ANATOMIQUE ET PATHOGÉNIQUE

Le siège de ces angiomes à la partie profonde du cou leur donne des particularités spéciales en rapport avec les relations anatomiques qu'ils contractent avec les organes de la région et permet d'éclaircir la nature et la pathogénie de ces tumeurs, souvent complexes, considérées aujourd'hui comme un type de tumeur congénitale.

Et, en effet, il est à remarquer qu'au cou plus qu'ailleurs les angiomes ne se présentent jamais à l'état pur. Les tumeurs angiomateuses profondes, et nous ne considérons que celles-là, sont constituées par un mélange inégal de tissus fibreux ou adipeux découpé richement par les lacunes sanguines. A tel point que certains auteurs ont soutenu que l'angiome ne doit pas être considéré comme une tumeur primitivement vasculaire mais comme un fibrome ou un lipome avec télangiectasie (Paviot). Nous nous réservons de revenir sur ce point de nature très discutable, mais pour l'instant nous tenons à noter cette multiplicité de tissus d'ordre connectivo-vasculaire, qui rapproche ces tumeurs de certaines néoplasies congénitales, fréquentes à la région cervicale.

Le siège fréquent de ces angiomes profonds au niveau de la région cervico-faciale est de notion classique, et depuis longtemps les auteurs ont noté l'opposition de la distribution des angiomes cutanés et superficiels sur toute la surface du corps et de la prédilection des angiomes profonds pour la tête et le cou. Ils se rapprochent en cela de toutes les malformations congénitales qui ont pour siège le plus fréquent la région cervico-faciale, essentiellement remaniée au cours du développement de l'organisme.

Les angiomes profonds sont situés sous le sterno-cléido-mastoïdien, dans le plan cellulo-graisseux qui contribue à former en avant la gaine des vaisseaux. Au cours de son développement la tumeur se dégage en avant et en arrière du sterno-cléido-mastoïdien et en ces points se superficialise. Là on peut la palper commodément et se rendre compte de sa consistance et de ses propriétés de réduction, souvent minime, sous un appui plus ou moins prolongé.

Ainsi situé, l'angiome affecte des rapports importants avec les vaisseaux, le sterno-cléido-mastoïdien et, à la partie supérieure du cou, les glandes salivaires : la sous-maxillaire et la parotide.

Les rapports avec les vaisseaux doivent, semble-t-il, être très intimes, puisque pour certains auteurs la tumeur est primitivement vasculaire ; or, pour rester sur le terrain clinique et sans préjuger du point de départ anatomique de ces angiomes, on trouve, à l'opération, certaines de ces tumeurs où l'hémostase profonde est délicate en raison des anastomoses nombreuses avec la veine jugulaire, et d'autres au contraire où la dissection se fait très facilement, à la faveur d'une sorte de plan de clivage sans qu'il soit nécessaire de lier sur la veine

plus d'un ou deux points d'abouchement. Il y a lieu de considérer, en effet, des angiomes communiquant avec la veine jugulaire, des angiomes isolés.

Les angiomes communiquant avec la veine jugulaire interne ont été particulièrement étudiés dans le service de M. le professeur Forgue dans la thèse de Cot. La relation avec la veine peut se faire à plein canal, comme dans un cas de Reclus, ou s'établir par de multiples anastomoses, comme dans le cas du professeur Forgue. Castex a pu disséquer un de ces angiomes et compter sur la paroi de la jugulaire cinq orifices mesurant en moyenne trois ou quatre millimètres. L'observation résumée que nous relatons (Obs. n° II) répond à un type d'angiome communiquant avec la veine jugulaire et permet de se rendre compte de la différence clinique et anatomique qui sépare ces deux variétés d'angiomes.

L'angiome isolé de la veine jugulaire, comme celui qui fait l'objet de notre observation n° I, est séparé de la gaine des vaisseaux par un plan cellulo-graisseux de clivage qui permet de les disséquer très aisément. Ce plan, une fois découvert et suivi, permet de détacher du doigt la masse néoplasique, sans qu'il soit nécessaire de se garder par de multiples pinces échelonnées contre l'hémorragie. Une ou deux anastomoses d'abouchement relient la tumeur à la veine, mais en aucun point on ne peut considérer ces veinules comme de larges communications avec la jugulaire qui font la particularité des angiomes précédents.

Au cours de son évolution l'angiome entre en connexion avec les muscles du cou. Mais c'est surtout avec le sterno-cléido-mastoïdien que les angiomes profonds affectent des rapports très intimes. Il est inutile de signaler qu'il ne s'agit point dans ces cas d'un angiome

primitif du muscle; la grande partie de la tumeur développée au-dessous de lui, le mode de propagation débutant par sa face profonde, montrent que c'est par envahissement secondaire que le muscle est atteint. Notre observation première est un exemple frappant de ces rapports intimes. Le sterno-cléido-mastoïdien et si intimement fusionné avec le néoplasme, qu'il serait impossible d'enlever celui-ci sans entamer largement le tissu musculaire. Cette notion, comme nous le verrons, a une grande conséquence pratique au point de vue opératoire : c'est le sacrifice systématique du muscle pour l'ablation de tumeurs de ce genre.

Nous avons vu, en effet, que l'examen microscopique de la partie du néoplasme attenante au muscle montre une dissociation très intense des faisceaux musculaires, par les lacunes sanguines, qui ont infiltré les espaces conjonctifs interfasciculaires. Cette pénétration va très loin dans le muscle, mais respecte partout l'élément noble, qui paraît parfois, comme des îlots, isolés au sein de la tumeur.

Enfin, il convient de signaler la fréquence relative de l'envahissement des glandes sous-maxillaires et parotides par l'angiome. Le fait n'est pas exceptionnel; M. Forgue en a publié un bel exemple. En 1889, Hartmann étudie neuf observations d'angiomes de la région parotidienne. Dans un cas de Kirmisson la tumeur s'étendait depuis la fourchette sternale où elle était limitée par les tendons des deux sterno-mastoïdiens jusqu'au bord inférieur du maxillaire inférieur sur lequel elle empiétait légèrement. Les glandes parotides et sous-maxillaires sont complètement envahies par la dégénérescence angiomateuse. Aussi, dans ces cas, il faut enlever les glandes envahies avec la tumeur. Comme pour le sterno-cléido-

mastoïdien le parenchyme glandulaire n'est en aucun point dégénéré ni proliféré. Hartmann a noté de l'atrophie des acini comprimés par le développement angiomateux dans le stroma conjonctif, mais ces altérations ne représentent que des phénomènes de propagation.

Ces faits montrent à quel degré de gravité peuvent arriver de pareils angiomes, qui font preuve d'une puissance d'envahissement comparable à celle des tumeurs malignes. Ils expliquent les troubles fonctionnels qu'ils peuvent occasionner et les difficultés qu'on peut rencontrer au cours de l'intervention.

* * *

Ces tumeurs angiomateuses à grand développement permettent d'étudier la nature et la pathogénie de ces formations congénitales et de les rapprocher des formations si fréquentes de la région, répondant au type de tumeurs embryonnaires.

Les auteurs qui se sont occupés de l'anatomie pathologique des angiomes ont de tous temps observé à côté de lacunes sanguines la présence de tissu fibreux avec ou sans tissu graisseux. Ils croient généralement à une tumeur primitive des vaisseaux et le tissu fibreux est considéré comme résultant de la réaction du tissu voisin contre la tumeur.

Comme le montrent des observations du genre de la première que nous publions, il est difficile de concevoir une communication primitive avec les vaisseaux, étant donné le peu de rapports de la tumeur avec l'appareil circulatoire. Rokitansky s'appuyant sur ces constatations et n'ayant pu, dans certains cas, réussir à faire

pénétrer des gros vaisseaux dans la tumeur de la matière à injection, considère que les anastomoses établies entre la tumeur et la veine jugulaire sont secondaires et se font par usure des parois de la tumeur et de la paroi vasculaire. Virchow, au contraire, considère que les espaces remplis par le sang se comportent absolument comme les autres espaces vasculaires et communiquent dès le début avec le système vasculaire. Nous verrons que les théories actuelles sur l'origine de ces tumeurs du cou expliquent fort bien ces divergences et concilient ces opinions opposées.

Un autre point à discussion réside dans l'origine du tissu fibreux et graisseux associé aux lacunes sanguines. Pour certains (Virchow) le tissu fibreux est considéré comme secondaire. Il serait le résultat d'une irritation chronique ou d'une inflammation du tissu voisin, dans certains cas on a vu dans la présence de ces tissus associés un processus de défense de l'organisme (?).

Pour d'autres auteurs, et en particulier Paviot, dans la thèse de son élève Bourguignon, ces angiomes doivent être considérés comme une tumeur du tissu fibreux ou graisseux ayant subi secondairement la transformation angiomateuse. Pour ces auteurs les espaces caverneux du prétendu angiome sont primitivement en communication avec le système vasculaire et ne sont autres que les vaisseaux de la tumeur plus ou moins dilatés.

L'interprétation actuelle de l'origine et de la nature de ces angiomes permet de concilier, semble-t-il, ces théories trop exclusives, en rapprochant ces tumeurs des néoformations embryonnaires de la région cervicale. L'angiome est une tumeur congénitale ; or le propre anatomique de ces tumeurs au cou est d'être formées de tissus divers également proliférés (branchiomes, tumeurs

mixtes, etc). Le tissu fibreux ou adipeux ne doit pas être considéré comme de formation secondaire, pas plus d'ailleurs que la prolifération vasculaire ne représente le seul élément primitif. Dès le début, l'ensemble de la tumeur contenait des germes conjonctifs et des germes vasculaires ; tous deux étaient doués d'une égale puissance de prolifération, et au cours du développement de la masse il n'y a pas eu de subordination d'un tissu à l'autre. En un mot, il s'agit d'une tumeur connectivo-vasculaire.

Cette façon de concevoir l'histogénèse de ces fibro-lipo-angiomes permet de poser plus largement les bases de leur pathogénie.

Deux théories paraissent à l'heure actuelle se disputer l'origine de ces angiomes complexes du cou : la théorie branchiale que Virchow a particulièrement appliquée à ces angiomes, les appelant « angiomes fissuraux », et la théorie plus générale « dysembryoplastique » de Letulle.

Virchow, frappé de ce que tous les angiomes profonds du cou en occupent la partie latérale, essaya de rattacher ce phénomène au développement des vaisseaux des fentes branchiales. Toute irritation peut suffire à déterminer sur le bord et le pourtour de ces fentes, qui sont très richement vascularisées, un développement vasculaire plus fort qui peut apparaître sous la forme d'un nævus, mais qui peut aussi rester latent pour ne devenir apparent que plus tard. « Maints angiomes profonds du cou, dit-il, qui ne gagnent pas du tout la surface ne sont autres que des angiomes fissuraux. »

Cette théorie a longtemps prévalu et rallie encore beaucoup d'auteurs. Cependant les travaux du professeur Vialleton, en 1907, l'ont considérablement ébranlée. Cet auteur et à sa suite des représentants très autorisés de

l'Ecole montpelliéraine ont montré que l'arc branchial ne représente pas un tout bien différencié avec son axe conjectivo-vasculaire, comme le voulaient Cusset et Sutton. De bonne heure il se disloque et disparaît. Il n'existe déjà plus sur un embryon de 14 millimètres. Dans ces conditions les arcs branchiaux ne jouent pas le rôle important qu'on leur a donné dans la genèse des malformations du cou.

La théorie de Letulle peut s'appliquer à toutes les tumeurs embryonnaires et a le grand avantage de rendre compte de l'histogénèse et de la composition souvent complexe de ces tumeurs. Dans une région aussi complexe et susceptible de remaniements que le cou, toutes les formations, même les plus petites, sont capables d'une erreur de développement, d'une « défectuosité architectonique » qui laissera dans l'organisme des résidus ou débris inutilisés du fait de cette malfaçon. Plus le trouble sera près de l'ovule, plus la constitution de la tumeur résultante sera complexe, formée de tissus divers. Dans le cas des angiomes ce manque porte sur l'appareil connectivo-vasculaire qui, soit par inclusion, soit par un procédé inconnu, laisse persister à l'intérieur du cou des débris embryonnaires inutilisés, germes de futures tumeurs.

Ainsi s'explique la composition de ces angiomes formés d'un assemblage de tissus dérivés du mésenchyme et la tendance proliférative propre de chaque élément, puisque, au moment où ils prolifèreront dans la masse tumorale, ils ne seront plus soumis aux mêmes influences qui, au cours de la vie embryonnaire, président à leur prolifération.

Cette théorie, qui s'applique aux angiomes de la région

cervico-faciale, ne sépare point ces tumeurs des angiomes cutanés, des nævi. Ils sont tous le résultat d'un trouble de développement, mais à des époques différentes, ceux-ci étant une erreur dans la formation des téguments. Ainsi s'explique, semble-t-il, la différence de leur constitution anatomique et peut-être de leur évolution.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE CLINIQUE

La première observation présente une physionomie clinique assez particulière, que nous nous proposons de souligner dans quelques détails, sans prétendre tracer la symptomatologie des angiomes du cou et les règles du diagnostic avec les tumeurs de la région.

Cet angiome se présentait comme une tumeur profonde du cou soulevant le sterno-mastoïdien et apparaissant sous la peau en avant et en arrière de lui. Mais deux faits importants frappent d'abord : ce sont des poussées d'accroissement intermittentes au cours de sa longue évolution et de l'absence de modifications au cours des efforts ou après un appui prolongé et total sur la masse.

Au moment de ces poussées d'accroissement, chaque cinq à sept mois, la tuméfaction se tend, empâte les tissus avoisinants superficiels et devient douloureuse. On a signalé depuis longtemps l'existence d'angiomes profonds douloureux. Trélat et Monod, en 1879, en ont apporté les premières observations à la Société de chirurgie; Kirmisson, en 1914, a repris leur étude à l'Académie de médecine et explique les phénomènes névral-

giques qu'il a observés par la présence d'une riche distribution nerveuse dans la paroi de la tumeur. Mais il semble que cette pathogénie ne suffise pas à expliquer les phénomènes de tension et d'empâtement qui caractérisaient ces poussées, qui, à part l'élévation thermique absente d'après le malade, ressemble beaucoup à des poussées inflammatoires.

L'inflammation est un accident explicable dans les angiomes superficiels, qui peuvent s'infecter à la faveur d'une éraillure cutanée, mais elle est plus malaisé à comprendre quand il s'agit d'angiome profond. Peut-être faut-il invoquer la même pathogénie que pour des accidents analogues survenus dans des angiomes de l'orbite (Ernautène). On admet une infection endogène, venue de l'appareil digestif. Les conditions de nutrition et de défense du néoplasme étant moindre que celles des tissus normaux, l'action des toxines peut s'y manifester plus aisément. Quoi qu'il en soit de leur mode de production, ces phénomènes donnent à la tumeur un cachet clinique spécial qu'il importait de souligner.

Les caractères physiques de l'angiome de la première observation s'opposent fortement à ceux du second cas. Dans l'un, en effet, aucune modication ne se produit au cours des efforts ; il n'y a pas d'expansion ; on note seulement une légère augmentation de volume spontanée, sans aucune cause apparente. Dans l'autre, la tumeur est facilement réductible et s'amplifie à l'effort. Ces différences correspondent aux rapports de la tumeur avec la jugulaire interne. Les anastomoses peu nombreuses, très réduites de calibre du premier cas, expliquent l'absence de variations, symptomatiques des angiomes.

En dehors de ces deux caractères spéciaux, le tableau

clinique de ces deux cas correspond bien à la symptomatologie des angiomes profonds, et il montre qu'il ne faut pas s'attendre à trouver dans ces tumeurs les gros signes caractéristiques de ces tumeurs de nature vasculaire (expansion sous l'effort, érectilité spontanée, réduction). Il convient de déceler les moindres variations de volume, rapides, indépendantes de toute cause apparente, pour être aiguillé sur la voie du diagnostic.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE THÉRAPEUTIQUE

Les notions qui précèdent et surtout les caractères cliniques et anatomiques des fibro-angiomes du cou donnent à ces tumeurs des particularités importantes au point de vue de leur traitement. Ils se séparent naturellement des angiomes superficiels et à leur propos on ne peut penser à l'électrolyse ou à l'ignipuncture.

Deux méthodes restent en présence : la radiumthérapie et l'extirpation.

La radiumthérapie a à son actif de nombreux succès et de nombreuses observations concluantes sont publiées tous les jours. Mais le développement profond de ces tumeurs ne permet pas toujours l'introduction dans la tumeur du tube radifère. Aussi l'extirpation détient actuellement le plus grand nombre d'indications et c'est sur elle que nous voulons insister.

Nous avons vu la technique opératoire de ces interventions si simplifiée par le sacrifice systématique du sterno-cléido-mastoïdien, qui est la caractéristique du procédé du professeur Forgue, que nous croyons utile de souligner quelques particularités de cette intervention dans les angiomes profonds du cou. Les détails de la

technique ont été réglés par le professeur Forgue dans la thèse de Fadat (1910).

A la faveur d'une longue incision longeant le bord antérieur du sterno-mastoïdien et se prolongeant en haut jusqu'à la mastoïde s'il y a lieu, on dissèque rapidement les plans superficiels et on met à nu le muscle. On pratique une section transversale totale du sterno-mastoïdien à sa partie inférieure et le muscle étant saisi par une pince à abaissement on poursuit la dissection de la tumeur, de bas en haut, qui emporte avec elle le sterno-mastoïdien. Ainsi, d'emblée, le paquet vasculo-nerveux et en particulier la jugulaire sont repérés. Si l'angiome communique largement avec la veine (Obs. II) on la sectionne entre deux ligatures dans la zone d'abouchement et on continue par une dissection ascendante la libération de la tumeur jusqu'à son pôle supérieur.

Dans le cas de l'observation I, le plan de clivage trouvé, la dissection fut très rapide et très simple. Il en sera ainsi dans les angiomes qui ne communiquent pas avec la veine ou qui lui sont reliés par de rares anastomoses.

On s'est rendu compte d'ailleurs, en examinant la pièce, que les rapports de la tumeur et du sterno-mastoïdien ne permettaient pas la conservation de ce muscle, et sa section d'emblée a grandement facilité l'extirpation. D'ailleurs, le sacrifice du sterno-mastoïden ne s'accompagne d'aucune gêne fonctionnelle, ni d'aucune déformation, et il donne tellement de jour sur cette région délicate, qu'on comprend que l'auteur de cette méthode en ait systématisé l'application.

CONCLUSIONS

I. — Les angiomes profonds du cou sont des tumeurs rares, présentant des particularités d'ordre clinique, anatomique, pathogénique et thérapeutique en rapport avec leur siège. Ils se séparent ainsi des angiomes des autres régions et méritent une description spéciale.

II. — Cliniquement ils se présentent bien plus comme une tumeur du cou que comme une tumeur vasculaire et leurs caractères spéciaux dépendent des rapports qu'ils affectent avec les vaisseaux et en particulier avec la veine jugulaire interne (angiomes profonds communiquant avec la veine ou angiomes isolés).

III. — Au point de vue anatomique ils sont doués d'une grande puissance d'envahissement et contractent des rapports importants avec le muscle sterno-cléido-mastoïdien, la veine jugulaire et les glandes salivaires (sous-maxillaire et parotide).

IV. — Considérés du point de vue pathogénique ce sont des tumeurs essentiellement congénitales, rarement

simples, presque toujours formées par l'association de formations fibreuses, adipeuses et télangiectasiques. Ils se rapprochent des tumeurs branchiales (angiomes fissuraux) ou des tumeurs dysembryoplastiques (dysembryomes de Letulle). Ces conceptions sont en concordance avec leur constitution.

V. — Le traitement de choix est l'extirpation. Celle-ci est grandement facilitée par l'ablation systématique du sterno-cléido-mastoïdien.

BIBLIOGRAPHIE

Beurnier. — Angiome douloureux (Archives générales de médecine, 1884).

Bourguignon. — Des angiomes profonds circonscrits considérés comme tumeurs bénignes angiomateuses (Thèse de Lyon, 1908, n° 70).

Broustet. — Angiomes sous-cutanés (Thèse de Bordeaux, 1900).

Cot. — Thèse de Montpellier, 1911.

Dodieux. — Angiome profond volumineux (Société de médecine d'Alger, 20 mai 1914).

Dunan. — Radiumthérapie des angiomes (Thèse Paris, 1914).

Ernautène. — Angiomes de l'orbite (Thèse Bordeaux, 1903).

Fadat. — Thèse de Montpellier, 1910.

Grossi. — Un cas d'angiome douloureux (Il policlinico, 29 juin 1919).

Kirmisson. — Des angiomes profonds douloureux des membres (Académie de médecine, 23 juin 1914. — Bulletin médical, 24 juin 1914).

— Maladies chirurgicales d'origine congénitale, 1898.

Lannelongue. — Congrès chirurgie, 1886.

Lannelongue et **Ménard**. — Traité des affections congénitales, p. 664.

Letulle et **Nélaton**. — Angiome caverneux et dysembryoplastie (Société anatomique, 12 mai 1911).

Mauclaire et **de Bovis**.— Des angiomes.

Papin. — Traitement chirurgical des angiomes chez les enfants (Gazette des sciences médicales de Bordeaux, 15 mai 1921).

Reclus et **Magitot**. — Revue de chirurgie, 1906.

Reclus. — Angiome caverneux communiquant avec la jugulaire interne (Société de chirurgie de Paris, 1882).

Robineau. — Traitement des angiomes par le radium (Société chirurgie, 14 avril 1920).

Trélat et **Monod**. — Angiomes douloureux (Société de chirurgie, juillet 1879).

Vialleton. — Montpellier médical, 1908.

Virchow. — Traité des tumeurs.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Quelques particularités des angiomes profonds du cou,

par Etienne Alfonsi.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 29 mars 1922.

Le Professeur,
MASSABUAU.

Vu :

Montpellier, le 29 mars 1922.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 29 mars 1922.

Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.